



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Vastuuhoitajamalli päivystävän sairaalan heräämössä

Kosonen, Jaana

2018 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Vastuuhoitajamalli päivystävän sairaalan heräämössä

Jaana Kosonen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2018

Jaana Kosonen

Vastuuhoitajamalli päivystävän sairaalan heräämössä

Vuosi 2018

Sivuja 37

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida uusi hoitotyön toimintamalli heräämöö. Opinnäytetyöntekijällä on pitkä työkokemus anestesia-sairaanhoitajana työyksikössä, jonne opinnäytetyö kehittämistyönä tehtiin. Toive aiheesta tuli työyhteisöltä. Kehittämiskohteena oli leikkausosaston heräämön toimintamallin muutos vastuuhoitajamalliin. Vastuuhoitajamalli suunniteltiin toimimaan kyseisessä heräämössä, mutta toiminnan runko on hyödynnettävissä myös muissa lyhytkestoista hoitotyötä toteuttavissa yksiköissä. Kohdeheräämö on osa päivystävän yliopistollisen sairaalan leikkausosastoa, jossa leikataan ympäri vuorokauden. Näin ollen myös heräämö on aina toiminnassa. Potilaat ovat usein monisairaita ja/tai heille tehdään vaativa kirurginen toimenpide.

Vastuuhoitajamallin teoriapohjana on käytetty yksilövastuisen hoitotyön perusteita sekä potilasturvallisuutta. Työmallin suunnittelussa hyödynnettiin myös työyksikön kokeneiden sairaanhoitajien ammatillista osaamista.

Uuden vastuuhoitajamallin toimivuutta arvioitiin lomakekyselyllä, joka tehtiin kaikille heräämötyötä tekeville anestesia-sairaanhoitajille. Kysely oli kokonaisotatanta ja vastausprosentti oli 82%. Kyselyn tulosten perusteella todettiin, että uuden työmallin etukäteiskoulutukseen olisi pitänyt panostaa vieläkin enemmän sekä työmallin toimintatavoista olisi kannattanut muistuttaa henkilökuntaa säännöllisesti käyttöönoton jälkeenkin. Heräämöhoitajat kokivat oman työnsä organisoinnin parantuneen ja potilaisiin liittyvien tietojen muistamisen helpottuneen. Uusi toimintamalli koettiin työyksikössä paremmaksi kuin edellinen työmalli, mutta se vaatii vielä hiontaa toimiakseen sujuvasti. Heräämön vastuuhoitajamallin kehittämistä jatketaan osastolla kyselystä saatujen tulosten perusteella.

Jaana Kosonen

The Primary Nurse Model in an Emergency Hospital Recovery Room

Year 2018

Pages 37

The aim of this Bachelor's Thesis was to design, implement and evaluate a new nursing procedure in the recovery room. It was carried out as a development project in the author's work unit, and the topic was suggested by the work community. The author has a long experience as a nurse anesthetist in the unit where this research project was carried out. The object of development was to change the operational model of the recovery room into a primary nurse model, which was designed for the recovery room in question. The core of the model can, however, be implemented in other short-term nursing units as well. The recovery room is adjacent to the surgical ward of an emergency hospital where surgical operations are performed round the clock. Thus, also the recovery room is always operating. The patients often suffer from multiple primary diseases and/ or have undergone invasive surgical procedures. The theoretical background of the primary nurse model is based on the basics of primary nursing and patient safety. In designing the model, the professional experience of the unit's experienced nursing staff was utilized.

The feasibility of the new primary nurse model was then evaluated by a questionnaire directed at the entire nursing staff of the recovery room. The response rate of the questionnaire was 82%. The results indicated that (1) more effort should have been invested training in advance, and (2) after implementation, the staff should have been regularly reminded of the procedures related to the model. The recovery room nurses found that the overall organization of their duties had improved, and remembering information regarding patients had become easier. The new model was experienced to be clearly better than the previous model, but further development is still needed to make it operate smoothly. Based on the results of the study, the recovery room primary nurse model will continue to be developed in the unit.

Keywords: primary nursing, recovery room, patient safety, primary nurse

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	7
3	Opinnäytetyön teoreettinen tausta	7
3.1	Yksilövastuinen hoitotyö	7
3.2	Potilasturvallisuus	9
3.2.1	Prosessit ja toimintatavat potilasturvallisuuden takuuna	10
3.2.2	Lääkehoidon turvallisuus	11
3.2.3	Potilasturvallisuuden seuranta ja kehittäminen	11
3.3	Heräämöhoitotyö	12
4	Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus ja arviointi	13
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	13
4.2	Toimintaympäristön esittely	14
4.3	Toiminnallisesti tuotetun vastuuhoitajamallin kuvaus	15
4.4	Vastuuhoitajamallin arviointi kyselyn avulla	17
5	Pohdinta	22
5.1	Luotettavuus	22
5.2	Eettisyys	23
5.3	Kyselyn tulosten tarkastelu	24
5.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	25
	Lähteet	27
	Taulukot	30
	Liitteet	31

1 Johdanto

Suomen terveydenhuolto on muutostilassa, sosiaali- ja terveystalouden (Sote) uudistus on parhaillaan menossa. Sote uudistusten johdosta sairaanhoitopiirit joutuvat entisestään kehittämään toimintaansa kustannustehokkuuden parantamiseksi. Haasteita kehittämistoiminnalle muodostavat terveydenhuollon erityispiirteet. Prosessit ovat usein monialaisia ja toimintatavat enemmän yksilöllisiä kuin vakioituja. (Mäkijärvi 2013.)

Tässä opinnäytetyössä suunniteltiin, toteutettiin ja arvioitiin uusi hoitotyötä ohjaava vastuuhoitajamalli kehitystyönä yliopistollisen päivystävän sairaalan heräämölle. Yhtenä tavoitteena oli heräämötöiden tehostaminen. Nykyisessä taloustilanteessa lisäresurssien saaminen on vaikeaa, joten toimintatapoja miettimällä ja kehittämällä voidaan saavuttaa samoilla henkilökuntaresurseilla tehokkaampaa työskentelyä potilasturvallisuuden ja hoidonlaadun kärsimättä. Vastuuhoitajamallin pohjana olevan yksilövastuisen hoitotyön on todettu säästävän aikaa ja estäneen hoidon pirstoutumisen lyhytaikaisessa hoitosuhteessa, kun kokonaisuus on omahoitajan vastuulla (Hegvary 1987, 17; Laitinen 2002, 152).

Toimeksiantajan eli yhteistyöosaston heräämössä oli käytössä hoitotyönmalli, jonka toimivuutta ja tehokkuutta oli pohdittu osastolla jo pidempään. Työmallin ongelmiksi koettiin, ettei kenelläkään hoitajalla ollut selkeätä vastuuta potilaasta ja hoitotoimenpiteet sekä lääkeytykset saattoivat sen takia viivästyä tai jäädä jopa tekemättä. Ongelman syyksi arveltiin sitä, että heräämö oli jaettu moduuleihin ja moduulin hoitajat hoitivat potilaita yhdessä. Anestesia- ja lääkäreiden oli myös vaikea tietää kenelle hoitajalle antaa potilasohjeet. Tammikuussa 2017 hoitotyöntoimintamalli päätettiin uudistaa. Päätös heräämön toimintamallin muutokselle tuli hoitotyönjohdolta sekä osastonylilääkäriltä.

Toimintamallin suunnitteluvaiheeseen kuuluneen tiedonhankinnan yhteydessä selvisi, että heräämöhoidotyön työmalleista ei löydy kotimaista eikä ulkomaista tutkittua tietoa. Amerikkalainen Jane Baynton (2015) vahvistaa tätä käsitystä artikkelissaan, jossa kertoo yrityksistään löytää tutkimuksia yksilövastuisesta hoitotyöstä liittyen yksiköihin, joissa potilaita hoidetaan lyhyen aikaa. Löydetyt tutkimukset sivusivat monesti heräämöhoidon jotakin tiettyä vaihetta esimerkiksi kivunhoitoa, tai ne oli rajattu koskemaan vain potilasturvallisuutta.

Yksilövastuisesta hoitotyöstä löytyi tutkittua tietoa, mutta se kohdentui pääsääntöisesti vuodeosastotoimintaan ja oli melko vanhaa (Hjerpe 2008; Kylävali 1995; Nyman 2006). Pitkäaikaisessa hoidossa yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen oli todettu monesti haastavaksi lähtien jatkuvuuden toteutumattomuuden takia (Hjerpe 2008). Positiiviset kokemukset olivat kokonaisvaltaisuudessa ja potilaan kokemassa turvallisuuden tunteesta (Kylävali 1995; Munukka 1993; Nyman 2006). Heräämöhoidoon kuuluvan lyhytkestoisuuden arveltiinkin yhteistyö-

osastolla soveltuvan hyvin yksilövastuiseen hoitotyöhön. Osastolla tiedettiin, että vastuuhoitamallia muistuttavaa työmallia toteutettiin joissakin suomalaisten sairaaloiden heräämöissä, mutta näistä ei kuitenkaan löytynyt kirjallista tietoa. Perusteluna oman mallin luomiselle oli se, että yhteistyöosasto on osa isoa päivystävää sairaalaa, jossa hoidetaan lääketieteellisesti hyvin vaativia potilaita ja valmiin hoitotyönmallin, joka soveltuisi sellaisenaan kyseiseen heräämööseen olisi vaikeaa löytää. Henkilökunnalle oli myös motivoivampaa opetella uutta toimintamallia kun siihen on itse päässyt vaikuttamaan mielipiteillään.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida uusi hoitotyön toimintamalli heräämööseen.

Opinnäytetyön tavoitteena on uuden toimintamallin avulla kehittää yksilövastuista hoitotyötä heräämössä.

3 Opinnäytetyön teoreettinen tausta

3.1 Yksilövastuinen hoitotyö

Suomalaiseen hoitotyön käytäntöön ja kirjallisuuteen on vakiintunut termi ”yksilövastuinen hoitotyö” vastaamaan englanninkielistä termiä ”primary nursing”. Termillä halutaan korostaa sekä yksilöä että vastuuta. Yksilöllisyydellä viitataan sekä hoitajaan että potilaaseen. (Hegyvary 1987, Munnukka 1993.) Suomenkielisiä vastineita primary nurse -termille ovat muun muassa omahoitaja, omasairaanhoitaja ja vastuuhoitaja. Omahoitaja on näistä yleisimmin käytetty. (Nyman 2006, 7.) Yksilövastuisen hoitotyönmallin tavoitteena on lisätä sairaanhoitajan työn vastuullisuutta ja itsenäisyyttä sekä parantaa hoitotyön koordinoitua ja jatkuvuutta. Tavoitteena on hoitotyön laadun kaikinainen parantaminen. (Hegyvary 1987, 11.) Yksilövastuinen hoitotyö on sekä hoitotyön filosofia että organisatorinen malli. Sen perusajatus on yksinkertainen: yksittäisen potilaan hoitotyö on koko ajan saman sairaanhoitajan valvonnassa. (Hegyvary 1987, 17.) Yksilövastuisen hoitotyön ideana on, että potilas tietää kuka on hänen omahoitajansa ja heidän välilleen muodostuu toimiva yhteistyösuhte (Munnukka 1993, Nyman 2006,41).

Munnukka (1993) on väitöskirjassaan tutkinut, miten hoitotyö muuttui siirryttäessä tehtäväkeskeisestä hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tutkimuspaikkana oli yliopistollisen sairaalan neljä vuodeosastoa, joista kaksi oli tutkimusosastoja ja kaksi vertailuosastoja. Yksilövastuista hoitotyötä toteuttavia ja perinteistä tehtäväkeskeistä hoitotyötä toteuttavia osastoja keskenään verrattaessa potilaiden kokemukset olivat erilaisia. Yksilövastuista hoitotyötä toteuttavilla osastoilla potilaat kokivat, että hoitotyön lähtökohtana oli heidän terveytensä ja jaksamisensa. Potilaat kokivat saaneensa yksilöllisempää ja kokonaisvaltaisempaa hoitoa sekä pääsivät osallistumaan ja vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Samoin luottamus hoitohenkilökuntaan oli parempaa kuin vertailuosastoilla.

Hegyvary (1987) määrittelee kirjassaan yksilövastuiseen hoitotyön perusteiksi neljä osaa; vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. Vastuullisuudella tarkoitetaan sitä, että potilaalla on yksi nimetty sairaanhoitaja, omahoitaja joka on vastuussa potilaan hoidosta. Hän vastaa työn suunnitelmallisuudesta, jotta potilaan hoidosta muodostuisi eheä ja yksilöllinen kokonaisuus. Lyhytaikaisessa hoitosuhteessa kokonaisuuden pitäminen omahoitajan vastuulla voi säästää aikaa ja estää hoidon pirstoutumisen. (Hegyvary 1987, 17; Laitinen 2002, 152.) Potilaan hoidossa voi olla mukana avustamassa tai hoitamassa muitakin sairaanhoitajia, mutta vain nimetty hoitaja on vastuussa hoidosta. Omahoitaja antaa muille hoitotyöntekijöille ohjeet siitä, miten potilasta hoidetaan. (Hegyvary 1987, 17; Kylävali 1995, 7.) Omahoitajalla on valtuudet tehdä autonomisesti eli itsenäisesti päätökset koskien potilaan hoitotyötä, perustuen ne lääkäriltä saamiinsa potilaan hoitoa koskeviin määräyksiin ja ammatillisiin vaatimuksiin. Itsenäisyys hoitotyössä edellyttää omahoitajalta hoitotyön tieto- ja taitoperustan riittävää hallintaa ja niiden ajan tasalla pitämistä. Itsenäisyys edellyttää yhteistyökykyä moniammatillisessa työyhteisössä ja mahdollisuutta konsultaatioon ja perehdytykseen sekä työnohjaukseen. (Hegyvary 1987, 18,30; Kylävali 1995, 8; Perälä 1989; Voutilainen & Laaksonen 1994.)

Koordinoinnilla tarkoitetaan sitä kun omahoitaja huolehtii toimillaan, että kaikilla potilasta hoitavilla hoitotyöntekijöillä on yhteneväiset tiedot potilaalle suunnitelluista hoidoista ja niiden toteutuksesta. Potilaan näkökulmasta hoito on koordinoitua, kun potilaan tarpeet ja toiveet on otettu huomioon ja tieto niistä on kaikilla hoitoon osallistuvilla. Hoitotyön koordinointi käsittää sekä hoitotyön toiminnot että niihin käytetyn ajan. Onnistuneen koordinoinnin pohjana on kirjallinen hoitosuunnitelma, suullinen tiedottaminen, potilaan toiveiden huomioiminen ja suunnitelman mukainen toiminta. (Hegyvary 1987; Kylävali 1995, 9-10, Pukuri 2002, 61-64, Voutilainen & Laaksonen 1994, 79.) Kattavuudella tarkoitetaan hoitotyön jatkuvuutta, millä tarkoitetaan sitä, että sama sairaanhoitaja antaa kaiken sairaanhoidon potilaalle. Työvuoron loppuessa korvaavahoitaja jatkaa potilaan hoitoa omahoitajan tekemän hoitotyön suunnitelman mukaisesti. (Hegyvary 1987, 18.) Hoitotyön jatkuvuus sisältää potilasta koskevan tiedon välittymisen muuttumattomana hoitojakson aikana henkilöltä toiselle, työvuorosta

ja yksiköstä toiseen. Oikea-aikainen tieto on jatkuvuuden perusta. Omahoitaja vastaa tiedonkulusta muille hoitoon osallistuville. Jatkuvuutta tuetaan kirjallisella hoitosuunnitelmalla, suullisella raportoinnilla, hoidon koordinoinnilla sekä tiedottamisella. (Hegyvary 1987; Kylävalli 1995, 11; Pukuri 2002, 61-64.)

Elorannan (2006) pro gradu-tutkimuksessa ilmeni, että myös hoitajan asenne vaikuttaa yksilövastuisen hoitotyön toteutumiseen ja poliklinikkatyössä oli korostunut hoitosuunnitelman ja hoitotyön kirjaamisen tärkeys. Nyman (2006) on tutkinut näiden yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumista potilaiden arvioimana yliopistosairaalan neljällä pikäaikaissairaanhoidon osastolla. Tutkimustulosten mukaan yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuivat hyvin tai kiitettävästi. Potilaat olivat hyvin tyytyväisiä hoitajien ammattitaitoon. Potilaat olivat huomioineet myös hoitajien itsenäisen työskentelyn. Kattavuuden periaatteen potilaat kokivat toteutuneen heikoimmin samoin kun jatkuvuuden periaatteen.

Kalasniemen, Kuivalaisen ja Ryhäsen (2002) tutkimuksessa tutkittiin yksilövastuisen hoitotyön toteutumista potilaiden ja hoitajien arvioimana Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. Sekä potilaat että hoitajat kokivat omahoitajuuden hyväksi asiaksi. Potilaat kokivat omahoitajat ammattitaitoisiksi ja vastuullisiksi. Potilaiden mielestä omahoitajuus edisti hoidon jatkuvuutta, lisäsi tiedon antamista ja luottamusta hoitoon sekä lisäsi turvallisuuden tunnetta. Potilaat kokivat myös, että heidän toivomuksensa huomioitiin paremmin. Myös muiden tutkimusten mukaan omahoitajajärjestelmä on lisännyt sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä, vastuullisuutta ja mahdollisuuksia päätöksentekoon.

Työmallin huonona puolena on mainittu potilaalle kehittynyt riippuvuus omahoitajastaan osastosiirtovaiheessa, omahoitajan rajalliset tiedot ja taidot, erilaiset henkilösuhdeongelmat, pitkäaikaipotilaan hoidon raskaus sekä hoitajan vähäiset tiedot osaston muista potilaista.

(Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, Säämänen & Varjus 2001.) Hjerppen (2008, 94) pro gradu-tutkielmassa nousi esille omahoitajien kokevan vastuullisuuden liian raskaana varsinkin vaikeahoitoisten potilasryhmien kohdalla.

Onnistunut hoitotyömallin muutos kohti yksilövastuuta edellyttää oman mallin rakentamista ja luomista (Mäkisalo 2002). Myös Hegyvary (1987, 16) mainitsee kirjassaan, että yksilövastuiseen hoitotyöhön siirryttäessä täytyy olla joustava ja löytää omalle yksikölle tarkoituksenmukaisin ohjeistus.

3.2 Potilasturvallisuus

Terveystieteiden lain (1326/2010) pykälässä 8 Laatu ja potilasturvallisuus todetaan: ”Terveystieteiden toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua”.

Potilasturvallisuuden tavoitteena on varmistaa, että potilas saa tarvitsemansa hoidon turvallisesti niin, että estettävissä olevat ja hoidosta aiheutuvat haitat minimoidaan. Turvallinen hoito varmistetaan kun toiminnassa käytetään sellaisia hoitomenetelmiä tai järjestelyjä, jotka vahvistavat toiminnan sietokykyä erilaisille poikkeamille. Laadukkaaseen hoitoon kuuluu olennaisena osana potilasturvallisuus. Potilasturvallisuustyötä voidaan hyödyntää täydentävänä ja tukevana toimintana kun kehitetään hoitotyönprosesseja. Potilasturvallisuuteen katsotaan kuuluvaksi hoitomenetelmät ja niiden tuottamiseen liittyvät prosessit, lääkehoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus. Turvallisessa potilashoidossa työ on moniammatillista ja vaatii saumatonta tiedonkulkua kaikkien osapuolten kesken. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Penanen 2012, 13-15; Hus, Potilasturvallisuussuunnitelma 2016, 4.)

3.2.1 Prosessit ja toimintatavat potilasturvallisuuden takuuna

Hoitotyötä kehitettäessä tulisi tavoitteena olla prosessien selkeyttäminen, yksinkertaistaminen ja toimintatapojen yhtenäistäminen. Inhimillisten virheiden mahdollisuus vähenee kehittämällä eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua, organisaatorakenteita ja prosesseja. Kun käytössä ovat yhtenäiset toimintatavat on riskejä helpompi tunnistaa ja hallita. Potilasturvallisuutta edistävä toimintatapa kuten epäselvien työprosessien parantaminen tuo välittömiä hyötyjä toiminnan tehokkuuteen. (Helovu ym. 2012, 64-65; Hus, Potilasturvallisuussuunnitelma 2016, 7.) Hoitoympäristön turvallisuus on tärkeää potilaiden ja henkilökunnan kannalta. Rakenteiden, huoneiden, laitteiden ja sisustuksen tulee mahdollistaa henkilökunnan sujuvan työn sekä varmistaa potilasturvallisuuden. (Helovu ym. 2012, 67-71.) Kirjaamista ohjaa lainsäädäntö ja erilaiset ohjeistukset. Tiedonkulku on yksi perustekijä laadukkaaseen ja turvalliseen hoidon antamisessa ja se luo pohjan turvallisuusriskien hallinnalle. Tiedonkulkuun liittyvät haattatapahtumat ovat yleisiä varsinkin potilaan hoidon siirtyessä toiseen yksikköön. Selkeällä ja hyvällä kirjaamisella varmistetaan tiedonkulku. Niin kirjalliseen kuin suulliseenkin raportointiin tulisi työyksikössä olla sovitut käytännöt. Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö ja lisääntyvä teknologia tuo mukanaan myös turvallisuusriskinsä. Terveystuolissa käytetään paljon erilaisia lääkintälaitteita, joiden käyttö tulee olemaan entistä monimutkaisempaa. Laiteturvallisuuden takaamiseksi laitteiden tulee olla helppoja käyttää, jotta ne eivät vie liikaa aikaa potilaiden hoidolta. Tietojärjestelmiin ja laitteisiin henkilökunnan tulee saada riittävä koulutus virheiden välttämiseksi. (Helovu ym. 2012, 67-713; Hus, Potilasturvallisuussuunnitelma 2016, 7, 28.)

Ihmisellä on rajallinen kyky havaita asioita ympäristöstään ja asiat pysyvät aktiivisessa työmuistissa vain noin puoli minuuttia. Samanaikaisesti muistettavien asioiden määrä on enimmillään viidestä seitsemään. Muistamista tulisi helpottaa teknisillä ratkaisuilla, hoitoprosessilla tukevalla kirjaamisella ja erilaisilla tarkistus- ja varmistusmenettelyillä. Selkeä työnjaon

avulla varmistetaan, ettei synny vaarallisia olettamuksia siitä, mitä on tehty ja mitä on tekevä. Jaettu vastuu voi pahimmillaan johtaa siihen, että todellisuudessa kukaan ei ole tehnyt asiaa, jonka kaikki muut luulevat jonkun toisen tehneen. (Helovuori ym. 2012, 77-78.)

3.2.2 Lääkehoidon turvallisuus

Terveysthuollon toimintaa ja lääkehoitoa ohjaa suuri määrä lakeja, asetuksia sekä viranomaismääräyksiä ja -ohjeita. Ohjeet koskevat kaikkia sosiaali- ja terveysthuollon yksiköitä, joissa säilytetään ja käsitellään lääkkeitä. Lääkehoidon turvallisuus käsittää myös toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015.) Lääkehoidon merkitys potilasturvallisuudessa on suuri. Leikkausosastolla anestesiatietyössä lääkityspoikkeamien riski on erityisesti kohonnut seuraavien syiden takia: suurin osa lääkkeitä annostellaan parenteraalisesti, käytetään paljon suuren riskin lääkkeitä, potilaalle annetaan useita lääkkeitä samanaikaisesti tai lyhyen ajan sisällä sekä lääkehoitoa toteutetaan usein kiireisissä ja haastavissa tilanteissa. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 232-233.)

Lääkehoidon turvallinen toteutus edellyttääkin sairaanhoitajien jatkuvaa kouluttautumista ja perehdyttämistä. Lääkettä määrätessä kirjallinen määräys on turvallisin. (Peltomaa 2008.) ”Hoitohenkilökunnalla on keskeinen rooli turvallisen ja tarkoituksenmukaisen lääkehoidon toteutuksessa sekä lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisyssä. Hoitaja tarkistaa viime kädessä, että oikea potilas saa oikean lääkkeen, oikeaan aikaan, oikeaan vaivaan ja oikein annosteltuna” (Duodecim, Turvallisen lääkehoidon ABC hoitohenkilökunnalle). Terveysthuollon yksiköissä tulisi olla käytössä lääkkeen jakamiseen ja antamiseen vakioituneet toimintamenetelmät, kuten lääkelasien yhtenäiset värit, työrauhan varmistaminen, lääkkeiden kaksoistarkastus, lääkkeen annon työvaiheet ja lääkitystietojen kirjaaminen (Hus, Potilasturvallisuussuunnitelma 2016, 28).

3.2.3 Potilasturvallisuuden seuranta ja kehittäminen

HaiPro® on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien valtakunnallinen raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. Sen avulla saatavaa tietoa vaaratapahtumista voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä ja potilasturvallisuuden jatkuvassa parantamisessa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 45.) Raportointi perustuu vapaaehtoiseen ja luottamukselliseen vaaratapahtumien ilmoittamiseen sähköisellä lomakkeella. Raportoinnin tarkoituksena ei ole etsiä syyllisiä vaan syitä vaaratapahtumiin. Lomake ohjaa kirjaajaa tunnistamaan vaaratapahtumia.

tuman ja luokittelemaan sen oikeaan pääluokkaan, riippuen siitä mihin toimialueeseen, tehtävään tai vaiheeseen vaaratapahtuma liittyy. Raportoinnin jälkeen ilmoitus siirtyy käsiteltäväksi usein työparille, jotka ovat yksikön vastuuhenkilöitä. He luokittelevat ja analysoivat vaaratapahtumat sekä suunnittelevat ja valvovat ilmoitusten aiheuttamat kehittämismuutokset esim. toimintatavoissa. Potilasturvallisuusilmoitusten sisältöä on hyvä käsitellä yhdessä yksikön henkilökunnan kanssa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 260-264 ja Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013, 898-899.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on käytössä valtakunnallinen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro® (Hus, Potilasturvallisuussuunnitelma 2016, 14).

3.3 Heräämöhoitotyö

Postoperatiivisesta valvontayksiköstä käytettiin yhteistyöosastolla nimitystä heräämö, joten käytän tässä opinnäytetyössä heräämö -käsitettä. Anestesia- ja heräämöhoitotyötä tekevää sairaanhoitajaa nimitettiin yksikössä anestesiahoitajaksi, siksi käytän anestesiahoitaja -käsitettä. Heräämö eli postoperatiivinen anestesiaavaloita sijaitsee yleensä leikkausosastolla tai heti sen läheisyydessä. Heräämöhoitotyössä seuranta ja hoito alkaa potilaan vastaanottamisesta leikkaussalista heräämöhön ja päättyy, kun potilas siirretään heräämöstä vuodeosastolle. Heräämöhoitotyön sisältöön vaikuttaa voimakkaasti se, onko kyseessä yhden vai useamman vaativan erikoisan toimenpideyksikkö. Päivystyksellisesti kaikkina vuorokaudenaikoina tehtävät toimenpiteet, potilaiden korkea riskiluokitus, eri ikäryhmien potilaat ja usean erikoisan edustus lisäävät heräämöhoitotyön vaativuutta. Heräämössä tehdään myös paljon anestesiaavaloita vaativia toimenpiteitä, joka lisää työn vaativuutta. (Kallio-Kujala 2015,15; Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 178-181; Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & ja Salomäki 2012, 4-6.)

Anestesiatyötä tekevältä sairaanhoitajalta vaaditaan erittäin korkeaa ammatillista osaamista. Osaaminen rakentuu tutkinnon lisäksi laajasta perehdytyksestä sekä kokemuksellisesta tiedosta. Heräämössä osaaminen painottuu leikkauspotilaan elintoimintojen palautumisen seurantaan ja ylläpitoon sekä komplikaatioiden ehkäisyyn, varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon. Heräämöhoitotyön keskeisiä sisältöjä ovat potilaan leikkauksen jälkeisen kivun hoito, verenkierron, nestetasapainon, virtsanerityksen, hengityksen, tajunnan tason, lämpötilan, pahoinvoinnin ja leikkausalueen seuranta sekä hoito. Anestesiahoitajan ydinosaamiseen kuuluvat myös elvytyksen hallinta. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 1995, 438-439; Lukkarinen ym. 2012; Naski, 2015.) Anestesiahoitaja toteuttaa heräämössä lääkärin ohjeiden mukaista lääketieteellistä hoitoa ja hän tietää tavallisimmat heräämöhöitoon liittyvät komplikaatiot, tunnistaa ne ja niille altistavat tekijät potilaan tilanteessa, hallitsee potilaan seurannan sekä hoidon ja pystyy perustelemaan päätökset potilaan hoidossa. Anestesia lääkäriä konsultoidaan

tarvittaessa. Yhteistyö leikkaustiimin, anestesia lääkeiden, kirurgien ja vuodeosastojen henkilökunnan kanssa on tiivistä ja siksi heräämöhoidotyö on moniammatillista yhteistyötä. (Lukkarinen ym. 2012; Naski, 2015.)

Potilas siirretään vuodeosastolle, kun hänen vitaalielintoimintonsa ovat palautuneet leikkausta edeltävälle tasolle. Yksikkökohtaiset siirtokriteerit ovat tässä sairaanhoitajan päätöksenteon tukena, mutta päävastuu potilaan siirrosta vuodeosastolle on aina anestesia lääkäriellä. Leikkauspotilaan toipumiseen ja osastolle siirtokelpoisuuteen vaikuttavat myös potilaan leikkausta edeltävä terveydentila, anestesia muoto ja kirurginen toimenpide. Heräämöhoidosta laaditaan oma sähköinen tai paperinen asiakirja hoidon jatkuvuuden ja sujuvuuden kannalta sekä juridisista syistä. (Karma ym. 2016, 178-181; Lukkarinen ym. 2012.)

4 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus ja arviointi

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillista käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee yhdistyä käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Aiheen tulisi motivoida opinnäytetyön tekijää ja aiheen tulee kiinnostaa ja palvella myös työn kohteena olevaa toimeksiantajaa. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9, 23.) Toiminnallisen opinnäytetyön vaiheita ovat aiheanalyysi eli aiheen ideointi, toimintasuunnitelman teko, tietoperustaan tutustuminen, teoreettisen viitekehyksen tekeminen, toteutus, kirjoittaminen ja arviointi (Vilkka & Airaksinen 2003). Oikein valittu aihe luo pohjan hyvälle opinnäytetyölle, siksi aiheen valinta onkin yksi tärkeimmistä vaiheista koko opinnäytetyöprosessissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 66). Hyvä aihe on myös käytännönläheinen ja yhteydessä työelämään. Hyvässä opinnäytetyössä tekijä pystyy osoittamaan omaa asiantuntijuuttaan ja itsenäistä ajattelua. Lisäksi työn on oltava tuloksekas. (Hakala 2004, 29-33). Toiminnallisen opinnäytetyön raportti eroaa rakenteeltaan tutkimustyön raportista. (Hakala 2004, 119, Vilkka & Airaksinen 2003, 82-83).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää kertoa kuinka käytännön toteutusta on viety eteenpäin (Hakala 2004, 66-71; Vilkka & Airaksinen 2003, 23-28,55). Tämän opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin lähtötilanteen kartoituksella, jolloin selvitettiin onko aiheesta jo tehty vastaavia tutkimuksia. Suunnitteluun kuului heräämöhoidoon ja potilasturvallisuuteen liittyvään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin tutustuminen. Lisäksi osaston anestesiahoitajilta

kyseltiin suullisesti mielipiteitä ja kokemuksia heräämöhoitotyöstä niin omassa heräämössä kuin muiden sairaaloiden heräämöissä. Hoitajilta saatujen tietojen ja aikaisemmassa toimintamallissa huonoksi koetun ryhmätyöskentelyn perusteella, uuden toimintamallin pohjaksi päätettiin valita yksilövastuiseen hoitotyöhön perustuva omahoitajamalli. Omahoitaja nimikkeen tilalle osastolla valittiin vastuuhoitaja nimike. Sen koettiin sopivan paremmin lyhytkestoiseen hoitosuhteeseen kuin omahoitaja nimikkeeseen.

Opinnäytetyön kohderyhmä tulee miettiä tarkoin ja hanketta tulee mahdollisesti rajata. Kohdetta määritellessä voi miettiä ketä opinnäytetyön aiheen ongelma koskee ja siihen vaikuttaa toimeksiantajan toiveet. Kohderyhmää voidaan hyödyntää opinnäytetyön arvioinnissa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38-40.) Kehitystyön arvioinnin avuksi suunniteltiin heräämöhoitotyötä tekeville anestesiahoitajille tehtäväksi syksyllä 2017 kysely, jolla oli tarkoitus kerätä tietoa uuden työmallin toimivuudesta ja heidän mielipiteensä siitä oliko uudella työmallilla ollut vaikutusta potilasturvallisuuteen ja työtehokkuuteen. Kyselyssä pyydettiin myös kehitysehdotuksia. Kyselystä saatava tieto analysoitaisiin ja saadun tiedon perusteella arvioitaisiin uuden toimintamallin onnistuminen. Saadun tiedon avulla voisi osasto kehittää työmallia edelleen. Henkilökunnan vaikuttamismahdollisuudella vastuuhoitajamallin suunnitteluun ja toteutukseen pyrittiin motivoimaan heitä toteuttamaan yhä laadukkaampaa heräämöhoitoa ja lisäämään työssä jaksamista.

4.2 Toimintaympäristön esittely

Opinnäytetyö sijoittuu yliopistollisen sairaalan heräämööseen. Sairaala on päivystävä sairaala, jossa leikataan vuoden jokaisena päivänä, ympäri vuorokauden. Potilaat tulevat kaikista ikäryhmistä ja leikkauksia tehdään monelta eri erikoisalalta. Päivystysaikana klo. 15.30- 21.30 käytössä on kaksi leikkaustiimiä ja kello 21.30-07.30 yksi leikkaustiimi. Leikkaustiimi sisältää kaksi leikkaussalihoitajaa ja yhden anestesiahoitajan. Leikkausosaston tiloissa on kaksitoista leikkaussalia ja kahdeksantoista paikkainen heräämö. Heräämö sijaitsee osaston keskellä. Kaikki anestesiahoitajat työskentelevät sekä leikkaussaleissa että heräämössä. Heräämööseen potilaat tuodaan tarkkailuun suoraan leikkaussalista. Potilasta hoitaa leikkauksen aikana ja heräämössä sama anestesia lääkäri. Anestesiahoitaja joka hoitaa potilasta leikkaussalissa, ei jatka potilaan hoitoa heräämössä, vaan hoitovastuun ottaa heräämöhoitaja potilaan siirtyessä heräämööseen. Heräämö on toiminnassa ympäri vuorokauden. Heräämössä työskentelee anestesiahoitajia aamuvuorossa klo. 7.00-15.30 neljä hoitajaa, klo. 10-18 kaksi hoitajaa, klo. 12-20 kolme hoitajaa, klo. 13.30-21.30 kolme hoitajaa ja yövuorossa 21.30-7.00 kolme hoitajaa. Yövuoron kolmas anestesiahoitaja työskentelee tilanteen mukaan joko heräämössä tai leikkaussalissa. Heräämöllä on myös oma apulaisosastonhoitaja joka vastaa heräämön

sujuvasta toiminnasta, henkilökunnan tarpeen riittävydestä ja tekee yhteistyötä leikkaussalien vuorovastaavan ja listanvetäjän kanssa.

Heräämön toimintaan kuuluu myös holding-toiminta. Holding-toiminta sisältää leikkaukseen menevien potilaiden optimointia ja anestesiavalmisteluiden kuten puudutusten laittoa etukäteen. Toiminnan tarkoituksena on lyhentää leikkaussalissa tapahtuviin anestesia-valmisteluihin kuluva aikaa. Heräämössä tehdään myös lyhyitä anestesiaa vaativia toimenpiteitä kuten haavasidosten vaihtoja sekä erilaisia anestesiologisia toimenpiteitä kuten keskuslaskimokatetrin laitto vuodeosaston potilaille.

Potilaiden hoitoaika vaihtelee paljon. Hoitoaikaan vaikuttaa potilaalle tehty leikkaus, potilaan perussairaudet ja leikkausta edeltänyt kunto, potilaan vointi leikkauksen jälkeen sekä jatkohoito-osastoiden resurssit. Heräämössä hoidetaan myös tehohoitoisia potilaita silloin kun tehohoito-osastolla ei ole vapaita paikkoja tai jos potilas ei täytä sinne vaadittavia kriteereitä. Luvan potilaan siirtoon jatkohoito-osastolle antaa potilasta hoitava anestesiälääkäri.

4.3 Toiminnallisesti tuotetun vastuuhoitajamallin kuvaus

Yhteistyöosaston heräämön toimintamallin muutos päätettiin ottaa käyttöön 3.4.2017 alkaen. Aloitusta edelsi maaliskuussa 2017 leikkausosaston aamukokouksessa pidetty infotilaisuus. Tilaisuudessa esiteltiin Power Point -esityksen avulla heräämön vastuuhoitaja työmalli ja henkilökunnalla oli mahdollisuus kysellä uudesta mallista. Aamukokouksessa käytiin läpi prosessia yksityiskohtaisesti esimerkkitapauksia hyödyntäen. Esitys lähetettiin kaikille anestesiahoitajille ja anestesiälääkäreille sähköpostilla. Esitys myös tulostettiin heräämön ja osaston kahvihuoneeseen nähtäville.

Vastuuhoitaja toimintamallin käyttöönottopäivästä kolmen päivän ajan projektinvetäjä ja heräämön apulaisosastonhoitaja olivat heräämössä käytettävissä kysymyksiä varten. Heitä ei oltu laskettu työvuorosuunnitelmassa potilastyöhön vaan he olivat ylimääräisinä ohjaamassa heräämötyötä. Uuden toimintamallin tueksi heräämössä otettiin käyttöön päivittäisen johtamisen ilmoitustaulu. Ilmoitustaulu toimii kaikkien heräämössä työskentelevien apuna. Ilmoitustaululle kirjoitetaan vuorovastaavan nimi, vastuuhoitajan nimi potilaspaikan kohdalle, holding-hoitaja ja ajankohtaiset ilmoitukset. Heräämön potilaspaikat numeroitiin näkyvämmiin ennen työmallin muutosta, jotta ilmoitustaulun ja potilaspaikkojen numerot osataan kohdentaa helpommin. Uuden vastuuhoitaja mallin toteutuksessa käytettiin pohjana teoriapohjaisessa viitekehyksessä esitettyä teorian tietoa. Perusteena oli myös kokeneiden anestesia-sairaanhoitajien kokemukset hyvistä hoitokäytännöistä.

Vastuuhoitaja työmallissa päädyttiin aikaisempien kokemusten perusteella siihen, että potilaan hoitoisuus ratkaisee sen, kuinka monta potilasta yhdellä heräämöhoitajalla on heräämössä. Keskimäärin potilasmäärä on yhdestä kolmeen potilasta per hoitaja. Jos potilas on tehohoitoinen, saattaa potilasta hoitaa kaksikin hoitajaa, mutta toinen näistä on silti nimetty vastuuhoitaja. Yhden hoitajan potilaat pyritään sijoittamaan heräämössä lähekkäin. Heräämöhoitajat ottavat potilaita vastaan heräämöhön leikkaussaleista vuorotellen, jolloin vastuuhoitaja ehtii hyvin perehtyä potilaan tietoihin, tehdä alkuarvioinnin ja alkuhoidon sekä kirjaukset. Potilaan heräämön hoitokaavakkeeseen ja päivittäisen johtamisen ilmoitustauluun kirjataan vastuuhoitajan nimi. Anestesia­lääkärin tuodessa potilaan heräämöhön hän antaa niin suulliset kuin kirjalliset hoito-ohjeet suoraan vastuuhoitajalle.

Vastuuhoitaja suunnittelee ja toteuttaa kaikki potilaansa hoitoon liittyvät asiat. Koska vastuuhoitaja pystyy organisoimaan potilaansa hoidon paremmin, voidaan olettaa virheiden ja unohtumisten vähenevän. Vastuuhoitajamallissa raportointi selkeytyy ja tiedon muuttumisen riski vääräksi pienenee kun hoito keskittyy yhdelle ihmiselle. Informaatio anestesia­lääkärin kanssa helpottuu ja paranee kun anestesia­lääkäri tietää kenen hoitajan kanssa hoitaa potilasta. Tiedonkulku leikkauksen lääkäriin, jatkohoito-osaston henkilökunnan ja potilaan omaisten kanssa myös selkiytyy mallin myötä. Vastuuhoitajuus lisää potilaan turvallisuuden tunnetta, koska hän tietää kuka häntä hoitaa, eikä samoja asioita käy kysymässä moni eri hoitaja vuorollaan. Tarvittaessa vastuuhoitaja saa apua toiselta heräämöhoitajalta. Vastuuhoitaja antaa taukojensa ajaksi toiselle hoitajalle lyhyen yhteenvedon oman potilaansa tiedoista ja tämä hoitaa potilasta vastuuhoitajan ollessa tauolla. Työvuoron vaihtuessa vastuuhoitaja raportoi ja siirtää potilaan hoidon uudelle vastuuhoitajalle.

Vastuuhoitajan työskentelyn pohjana on heräämössä käytössä olevat hoitokäytännöt, jotka hoitaja oppii perehdytysvaiheessa. Perushoidon ja tarkkailun lisäksi hoidon pohjana ovat anestesia­lääkärin ja leikkauksen lääkäriin antamat ohjeet. Vastuuhoitaja informoi tarvittaessa anestesia­lääkärää ja leikkauksen lääkäriä potilaan voinnissa tapahtuvista muutoksista. Potilas on siirtokuntoinen vuodeosastolle kun siirtokriteerit täyttyvät (Liite 1), vastuuhoitaja arvioi kriteereiden täyttymisen. Luvan potilaan siirrosta jatkohoito-osastolle antaa anestesia­lääkäri. Vastuuhoitaja raportoi potilaansa jatkohoito-osaston sairaanhoitajalle. On perusteltua uskoa uuden toimintamallin lyhentävän potilaan heräämöhoidoaikaa hoitajan työn tehostumisen myötä, joka luonnollisesti vaikuttaa positiivisesti koko heräämötoiminnan sujuvuuteen.

4.4 Vastuuhoitajamallin arviointi kyselyn avulla

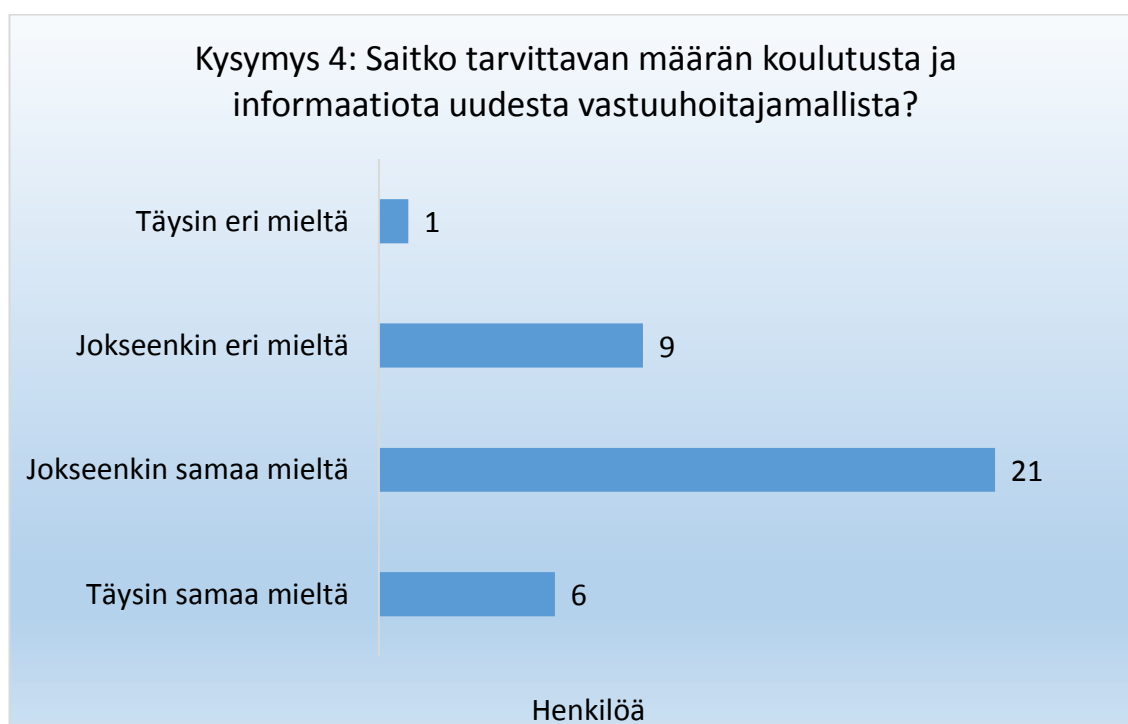
Syksyllä 2017 toteutettiin standardoitu lomakekysely kaikille osaston anestesiahoitajille (N=45) jotka olivat tehneet heräämöhoidotyötä jo ennen kevään toimintamallin muutosta. Kyseessä oli siis kokonaisotanta, jota käytetään tavallisesti pienissä tutkimusaineistoissa (Vilkkä 2007, 52). Kysely toimi vastuuhoitajamallin suunnittelun ja toteutuksen arviointikeinona. Kyselyn tavoitteena oli saada tietoa, kuinka anestesiahoitajat olivat kokeneet hoitotyön toimintamallin muutoksen ja oliko vastuuhoitajamalli parantanut heidän mielestään potilasturvallisuutta ja tehostanut heräämön toimintaa. Tavoitteena oli myös saada kehitysehdotuksia työmallin toimintaan liittyen. Standardoidussa eli vakioidussa lomakekyselyssä kaikilta kysytään samat kysymykset, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla ja sitä käytetään kun havaintoyksikkönä on henkilö ja hänen mielipiteensä (Vilkkä 2007, 28). Lomakekysely on toimiva ainoiston keräämisen tapa, kun tutkimusongelma ei ole kovin laaja ja kysytään yhdestä asiasta (Vilkkä 2005, 101).

Kyselylomake jaettiin saatekirjeen kera kaikille anestesiahoitajille kirjekuoressa. Kyselyyn vastattiin nimettömästi ja se palautettiin heräämössä olevaan palautuslaatikkoon suljetussa kirjekuoressa. Kyselyyn oli aikaa vastata kaksi viikkoa. Kyselylomake sisälsi Likertin asenneasteikon mukaisia kysymyksiä. Asenneasteikkoa käytetään kun halutaan mitata havaintoyksikön mielipidettä (Vilkkä 2007, 45). Kyselylomake sisälsi myös kaksi avointa kysymystä, joiden analyysissä käytettiin laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Kirjallisuuden mukaan kyselyssä ei saisi olla liikaa kysymyksiä, vaan määrän sijaan tulisi tavoitella vastauksia joissa kuvaillaan, vertaillaan ja kerrotaan käytännön esimerkein kokemuksia (Vilkkä 2005, 106). Tämän tiedon perusteella kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään yksinkertainen ja nopeasti täytettävä, koska kiireisen työn ohessa tehtävä liian pitkä kysely saattaisi heikentää osallistumisprosenttia ja tavoitteena oli saada mahdollisimman paljon vastauksia kysymyksiin. Avointen kysymysten analyysissä käytettiin laadullisen tutkimuksen menetelmiä eli aineisto käytiin järjestelmällisesti läpi, se ryhmiteltiin ja luokiteltiin (Vilkkä 2005, 115). Määrällisten kysymysten aineistoon tutustuminen aloitettiin selailemalla tuloksia ja perusteellisempi tutustuminen alkoi kun tutkija itse tallensi aineiston havaintomatriisiksi. Analyysissä käytettiin yleiskäyttöisiä tunnuslukuja, jotka ovat havaintojen lukumäärät ja prosenttiosuudet. (Vehkalahti 2014, 51-58.)

Kyselylomake annettiin 45 heräämöhoitajalle ja siihen vastasi 37 hoitajaa, joten vastausprosentti oli 82%. Kyselylomake sisälsi yhteensä kymmenen kysymystä, joista kaksi oli avointa kysymystä. Kyselyn ensimmäisellä ja toisella kysymyksellä saatiin tietoa tutkittavan heräämön anestesiahoitajien työkokemuksesta. Kyseisessä heräämössä suurin osa (76%) henkilökunnasta oli työskennellyt sairaanhoitajana yli 10 vuotta. Valtaosa (70%) hoitajista ei ollut työskennel-

lyt aikaisemmin heräämössä, jossa oli käytössä vastuuhoitajamalli. Vastuuhoitajamalliin siirtyminen on osastolla koettu hyvänä muutoksena. Anestesiahoitajista 89% piti hyvänä ajatuksena vastuuhoitajamalliin siirtymistä ja suurin osa hoitajista (86,5%) pitää uutta vastuuhoitajamallia vanhaa työmallia parempana. Tämän tuloksen myötä on hyvä jatkaa vastuuhoitajamallin käyttöä ja kehittämistä osastolla.

Kysymyksessä neljä kysyttiin hoitajilta uudesta vastuuhoitajamallista saadun koulutuksen ja informaation riittävydestä ennen mallin käyttöönottoa. Anestesiahoitajista 27% koki, ettei ollut saanut riittävästi tietoa uudesta vastuuhoitajamallista ennen aloitusta. Alla olevasta kuvasta näkyy vastausten tarkempi jakautuminen (Taulukko 1).



Taulukko 1: Vastuuhoitajamallia edeltäneen koulutuksen ja informaation riittävyys.

Kysyttäessä tiedonkulusta anestesiahoitajien kanssa saatiin vastaukseksi, ettei tiedonkulku ole parantunut uuden mallin myötä vaan se on pysynyt samana. Tätä mieltä olivat lähes kaikki anestesiahoitajat (73%). Hoitajista vain 26% koki tiedonkulun parantuneen. Tämän kysymyksen jatkona oli avoin kysymys, jossa kysyttiin mielipiteitä siihen miksi tiedonkulku ei ole parantunut. Vain kuusi henkilöä oli vastannut tähän jatkokysymykseen, joten jatkokysymyksen vastauksia ei ole analysoitu sen tarkemmin. Avoimissa kommentteissa oli seuraavanlaisia vastauksia:

”Anestesiahoitajat käyvät melko ”laiskasti” katsomassa potilaitaan heräämöhoidon aikana”

”Koska taulu on harvoin ajan tasalla”

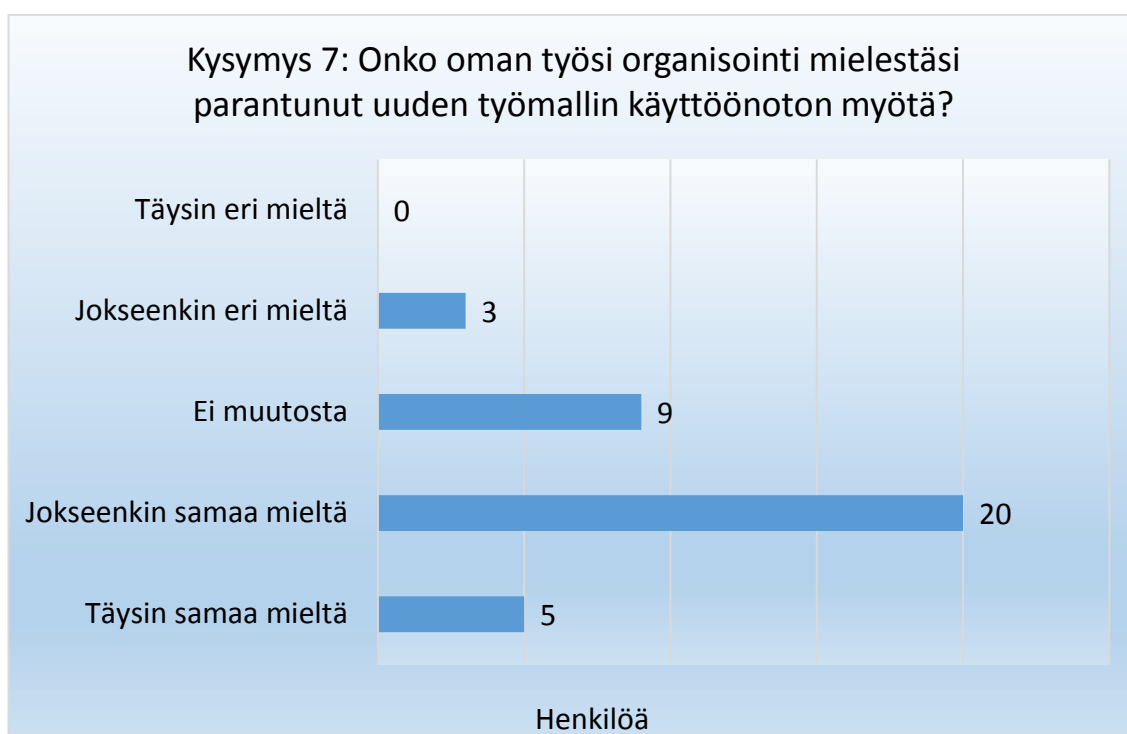
”Riippuu anestesia­lääkäristä”

”Jostain syystä kovin harva lukee taululta, kuka potilasta hoitaa. Nimitaulu to­dellakin selkeyttää”

”Osa anestesia­lääkäreistä ei käy katsomassa potilaitaan heräämössä, nimien perään saa soitella ja ohjeita kysellä”

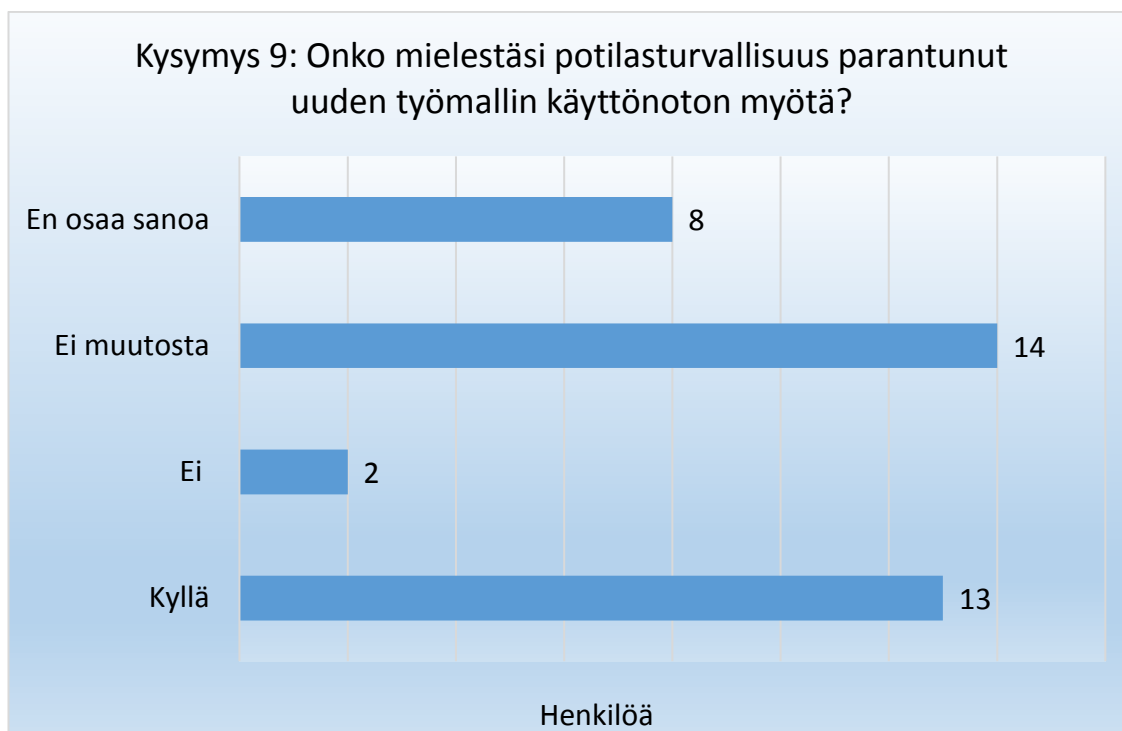
”Riippuu pitkälti myös anelääkäristä”

Suurin osa heräämöhoidajista (87%) kokee muistavansa paremmin hoitamiensa potilaiden taustat ja hoito-ohjeet kun hoidettavia potilaita on vähemmän. Potilasmäärään pystytään vastuuhoidajamallilla hyvin vaikuttamaan. Vastuuhoidajamallin tavoitteena on parantaa oman työn suunnittelua. Kyselyssä tuli esille, että oman työn organisointi on 68 % anestesiahoitajan mielestä parantunut ja 24% hoitajista koki, ettei muutosta ole tapahtunut ja 8% mielestä se oli heikentynyt. Alla olevassa taulukossa vastaukset on esitelty lukumäärinä (Taulukko 2).



Taulukko 2: Oman työn organisointi

Yksi vastuuhoidajamalliin siirtymisen syistä ja tärkeimmistä tavoitteista oli potilasturvallisuuden paraneminen heräämössä. Vain 35% hoitajista arvioi potilasturvallisuuden parantuneen uuden työmallin myötä ja 38% hoitajista arvioi, että potilasturvallisuuteen ei ole tullut muutosta. Hoitajista 22% ei osannut sanoa oliko potilasturvallisuus parantunut. Alla olevassa taulukossa vastausluvut on esitetty henkilömäärinä (Taulukko 3).



Taulukko 3: Potilasturvallisuuden kehittyminen

Kyselyn viimeisessä kysymyksessä kysyttiin avoimella kysymyksellä: ”Millaisia muutoksia tekisit vielä uuteen vastuuhoitajamalliin? Toiveena oli saada mahdollisimman paljon uutta tietoa vastuuhoitajamallin kehittämiseksi tulevaisuudessa. Seuraavassa osa vastauksista alkuperäisilmaistuin:

Vielä vanha malli "nostaa päätään", itse nautin työstäni kun saan yksin hoitaa ja vastata omasta potilaasta.

Hyvää on että vastuuhoitaja (t) jotka potilasta hoitaa on tiedossa. Henkilökunta tilanteen takia välillä yksi hoitaja kuormittuu paljon (= monta potilasta vastuulla).

Ihmisiä tulisi muistuttaa aika ajoin työmallin "toimintaperiaatteista". Ajoittain tuntuu että mennään vanhaan mallin mukaan, joka aiheuttaa sekaannusta/yli-määräistä työtä potilaan hoidossa.

Vastuuhoitajamalli toimii silloin kun hoitajia on riittävästi.

Tulee myös yrittää huomioida, että potilaat jakautuisivat työmäärältään tasaisesti, ettei yksin ota useaa vaikeahoitoista/työlästä potilasta.

Vuorovastaava voisi enemmän suunnitella kuka hoitaa missäkin

Tehostaisin kollegiaalista yhteistyötä, niin että potilaat jakaantuisivat hoitajien kesken tasapuolisesti. Ts. huomioidaan potilaan tausta ja hoitoisuus jne. Jos vaativampi potilas tai tehostetumpaa hoitoa tarvitseva potilas, niin yksi hoitaja voisi olla siinä ja saman aikaisesti toisella hoitajalla voisi olla useampia potilaita, jos ne ns. ovat "kevyempiä" potilaita hoidollisesti.

Pienen hetken malli toimi melko hyvin, mutta alkoi taas palata lähes entiseen malliin. Nimitaulu jäi selkeästi käyttöön.

Malli luisunut enemmän vanhan mallin mukaiseksi moduuli jakoineen. Terävöitetään mallia ja sen käyttöä.

Heräämön esimiehen olisi puututtava potilaspelailuun.

Toivoisin että potilas otettaisiin aina vastaan heräämööseen tullessa = paikka mietitty valmiina, happi valmiina jne. Liian usein moni vaan istuu, eikä edes nouse vastaanottamaan potilasta.

Harmikseni olen huomannut, että pitkälti on palattu vanhaan malliin. Mielestäni "puolia" (alku, loppu) ei pitäisi jakaa ollenkaan, vesittää koko mallin. Osittain myös riippuu kenen kanssa on töissä. On ihmisiä jotka "pelailee" potilailla ja paljon.

Heräämössä olisi hyvä olla päivittäisentyön vastuuhoidaja. Aoh tekee niin paljon muita töitä.

Kiireessä vastuuhoidajamalli ei toimi. Pakko ottaa raporttia monesta potilaasta, jotta tauotus toimii. Toisaalta on hyvä tietää muistakin kun miehitys vajaa.

Avoimesta kysymyksestä saadun aineiston sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla ja perehtymällä aineistoon. Aineistolle luotiin taulukko (Liite 4), johon ensimmäiseksi laitettiin alkupe-
räisilmaisut. Alkuperäisilmaisuja ryhmiteltiin samankaltaisen sisällön mukaan ja sisällön hah-
mottamisessa ja pelkistettyjen ilmaisujen etsimisessä käytettiin apuna myös erilaisia tekstivä-
rejä. Alkuperäisilmaisujen vastauksissa ilmeni mainintoja heräämön toimintaan liittyvistä on-
gelmistä, joihin olisi löydettävissä vastaukset vastuuhoidajamallista. Samoin niistä nousi esille

myös epäselvyyksiä heräämötöiminnan johtamisesta. Näiden pohdintojen kautta ja alkuperäisilmaisujen ryhmittelyn avulla johdettiin taulukkoon seuraavaksi alaluokat, jotka samalla olivat aineiston pelkistettyjä ilmaisuja. Alaluokkien samankaltaisia vastauksia pohdittiin keskenään ja ne tiivistettiin kahteen yläluokkaan: Vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteet ja vuorovastaavan rooli. Näihin luokkiin päästiin siten, että alaluokkien ongelmat tai epäselvyydet olisi ratkaistavissa paremmalla vastuuhoitajamallin sisäistämällä ja toisessa ongelma oli työn johtamisessa, jota ei oltu uuden vastuuhoitajamallin suunnittelussa huomioitu ehkä riittävästi. Lopuksi yläluokat vielä yhdistettiin yhdeksi pääluokaksi. Sisällönanalyysin pohjana käytettiin Tuomen & Sarajärven (2009, 109) kirjassa esiteltyä mallia, joka tiivistettynä sisälsi vaiheet: aineistoon perehtyminen, pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja niiden listaaminen sekä samankaltaisuuksien etsiminen niistä, alaluokkien muodostaminen pelkistetyistä ilmaisuista, alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen ja edelleen niiden tiivistäminen pääluokaksi.

Kyselyn vastaukset saatiin sisällönanalyysin avulla johdettua alkuperäisilmaisuista yhteen pääluokkaan: Vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteiden muokkaus ja lisäkoulutus. Mallin muokkauksella haetaan sitä, että vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteissa tulee jatkossa huomioida vuorovastaavan rooli paremmin sekä säännöllisellä lisäkoulutuksella vahvistaa hoitajien tietämystä vastuuhoitajamallista, jotta ongelmatilanteissa ei luovuta mallin käytöstä ja palata ”vanhaan” toimintamalliin.

5 Pohdinta

5.1 Luotettavuus

Reabiliteetti osoittaa sen, missä määrin mittari mittaa tutkittavaa ominaisuutta, kuinka luotettava ja pysyvä mittari on sekä kuinka pysyviä ja johdonmukaisia mittaustulokset ovat. Luotettavuus toteutuu, jos mittari antaa samassa mittaustilanteessa saman tuloksen, riippumatta siitä kuka mittauksen suorittaa. Mittaustilanteen pitäisi myös olla mahdollisimman samanlainen. (Mäkinen 2006, 87.) Opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymykset pyrittiin tekemään siten, ettei vastaajalle jää epäselväksi mitä kysytään. Tulosten pohdinta vaiheessa opinnäytetyöntekijälle nousi kuitenkin esille ajatus siitä, että onko yhden kysymyksen, joka koski potilasturvallisuuden parantumista, kysymyksenasettelussa epäonnistuttu, koska se antoi ristiriitaista tietoa suhteessa siihen, miten hoitajat kokivat potilaiden tietojen muistamisen parantuneen.

Kysymyksien vastaukset analysoitiin osa laadullisen tutkimuksen menetelmin ja osa määrällisen tutkimuksen menetelmin. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Laadullisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja näin ollen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Laadullisessa tutkimuksessa tulisi kertoa luokittelun syntymisen juuret ja luokittelujen perusteet. (Eskola & Suoranta 1998, 210-211; Hirsjärvi ym. 1997, 232-233.) Opinnäytetyön tekijän tulee olla hyvin huolellinen siinä, ettei anna omien mielipiteidensä vaikuttaa laadullisia kysymyksiä analysoidessaan. Luokittelun vaiheet on tässä opinnäytetyössä pyritty tekemään täysin avoimesti, niin että lukija pystyy ymmärtämään luokittelujen perusteet. Lisäksi ne ovat liitteenä opinnäytetyössä (Liite 4).

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida myös aineiston riittävyys ja kattavuus, otoksen tulisi edustaa perusjoukkoa, vastausprosentin tulisi olla hyvä, saatu tieto tulee syöttää tietojärjestelmiin huolellisesti ja mittarin tai tutkimusmenetelmän täytyy mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Eskola & Suoranta 1998, 215; Hirsjärvi ym. 1997, 231; Vilkkä 2007, 149-150.) Tässä opinnäytetyössä kysely toteutettiin kaikille heräämöhoitotyötä tekeville hoitajille, jotka olivat työskennelleet yhteistyöosaston heräämössä jo ennen uuden mallin aloittamista, joten kyseessä oli kokonaisotos. Kokonaisotanta ja hyvä vastausprosentti (82%) lisäävät tämän opinnäytetyön arvioinnin luotettavuutta. Kyselylomaketta oli myös testattu etukäteen yhteistyöosaston kahdella anestesiahoitajalla, jotka eivät muuten osallistuneet kyselyyn. Opinnäytetyöntekijä vei itse kyselystä saadun tiedon tietojärjestelmään.

5.2 Eettisyys

”Tutkimusetiikassa käsitellään kahta ongelmaa. Ensiksikin tutkimusetiikassa on kyse tutkimuksen päämääriin liittyvästä moraalista ja siitä, millä keinoilla tavoitteet pyritään saavuttamaan. Toiseksi tutkimusetiikassa pohditaan, miten tämä ”määritelty” moraaliohje joko voidaan ylläpitää tai miten se pitäisi ylläpitää”. (Mäkinen 2006, 10.) Eettisyys on myös osa tutkimuksen laatua. Tutkijan tehtävä on huolehtia siitä, että tutkimus tehdään laadukkaasti ja sitä ohjaa eettinen sitoutuneisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.) Tutkimuksen eettisyys pitää usein selvittää etukäteen. Lääketieteellisissä tutkimuksissa eettisyys arvioidaan ennakolta Tutkimuslain (259/2004) mukaisesti. (Mäkinen 2006, 81.) Myös tähän opinnäytetyöhön hankittiin asianmukaiset luvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012-2014) on määritellyt tutkimusetiikan näkökulmasta kattavat lähtökohdat hyvälle tieteelliselle käytännölle. Näihin lähtökohtiin tulee kaikkien tutkimus- ja opinnäytetyöntekijöiden tutustua etukäteen.

Vastuuhoitajamallin suunnittelussa ja toteutuksessa tuli kaiken perustua teorian tietoon ja/tai monen kokeneen anestesiahoitajan yhteiseen mielipiteeseen. Opinnäytetyöntekijä ei siis voinut luoda omaa malliaan omien mieltymystensä mukaan. Tämän opinnäytetyön kysely perustui vapaaehtoisuuteen ja se tehtiin anonyymisti. Kyselylomakkeessa ei kysytty arkaluonteisia, intiimejä kysymyksiä eikä vastaaja ollut tunnistettavissa kysymyksistä. Kyselylomakkeet hävitettiin tietosuojaroskana ja käsiteltiin luottamuksellisesti. Tutkittavat olivat kaikki aikuisia eikä tutkittaville aiheutunut minkäänlaista haittaa osallistumisesta tutkimukseen. Opinnäytetyöntekijällä ei ole rahallisia kytköksiä tutkittavaan aiheeseen, henkilökohtaiset sidokset on myös kerrottu opinnäytetyössä kuin myös saatekirjeessä.

5.3 Kyselyn tulosten tarkastelu

Anestesiahoitajista 27% koki, ettei ollut saanut riittävästi tietoa uudesta vastuuhoitajamallista ennen sen käyttöönottoa. Myös avoimen kysymyksen vastaukset tukevat ajatusta, että uutta työmallia ei olla sisäistetty kunnolla ja se saattaa vaikuttaa siihen miksi vanha malli on osittain palannut käyttöön heräämössä. Uuden työmallin toimintaperiaatteet eivät ole täysin olleet tiedossa, jolloin sen toteuttaminen on ollut vaikeaa. Voiko riittämätön perehdytys työmalliin ja sen huono sisäistäminen olla myös syy siihen, että kiireessä palataan tuttuun vanhaan työmalliin? Saadut tulokset osoittavat mielestäni todeksi sitä, kuinka tärkeitä hyvä ja riittävä viestintä ja perehdytys ovat, varsinkin isoissa työyhteisöissä kuten tämä työyhteisö on. Näkisin erittäin tärkeänä vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteiden kertaamisen säännöllisin väliajoin sekä uusien työntekijöiden perehdytyksen työmalliin. Perehdytyksen ja viestinnän riittävyyttä ennen toimintamallin muutosta kyseenalaistaa mielestäni myös se, että lähes kaikki (73%) anestesiahoitajat olivat sitä mieltä, ettei tiedonkulku anestesiahoitajien kanssa ole parantunut vaan se on pysynyt samana. Onko esteenä tiedonkulun kehittymiselle ollut se, etteivät anestesiahoitajat ole saaneet riittävästi tietoa uudesta vastuuhoitajamallista ja sen mukanaan tuomasta edusta viestiä suoraan vastuuhoitajan kanssa? Kyselyn avulla ei saada tarkkaa tietoa siitä, mistä tämä tiedonkulun kehittymättömyys varmuudella johtuu. Mielestäni olisi hyvä jos anestesiahoitajat saisivat lisää tietoa vastuuhoitajamallista esimerkiksi yhteistyökokouksessa hoitajien kanssa. Koulutuksen ja kokeiluajan jälkeen voisi asiaa jatkoselvittää ja miettiä saatiinko koulutuksella parannusta tiedonkulkuun vai onko syyt jossain muualla.

Kysymyksessä kuusi kysyttiin hoitajan mielipidettä siihen muistaako hän paremmin potilaan taustat ja hoito-ohjeet kun hän hoitaa vähemmän potilaita samanaikaisesti. Tähän suurin osa vastaajista (87%) oli vastannut myöntävästi. Kuitenkin vain 35% hoitajista arvioi potilasturvallisuuden parantuneen uuden työmallin myötä ja 38% hoitajista arvioi, että potilasturvallisuuteen ei ole tullut muutosta. Hoitajista 22% ei osannut sanoa oliko potilasturvallisuus

parantunut. Tämä tulos herättää kysymyksen: ”Miksi ei koeta potilasturvallisuuden parantuneen vaikka muistaminen on parantunut?” Onko haastattelulomakkeen kysymys esitetty huonosti, eikä potilasasioiden muistamista ole yhdistetty potilasturvallisuudeksi, koska potilasturvallisuus on käsitteenä hyvin suuri? Vai onko heräämössä tapahtunut jotakin muuta, joka on vastaavasti heikentänyt potilasturvallisuutta?

Mielestäni avoimen kysymyksen vastauksista nousee esille henkilökunnan toive heräämön omalle vuorovastaavalle. Jos osasto ryhtyy toimenpiteisiin ja päättää ottaa vuorovastaavan roolin heräämössä käyttöön, tulisi vuorovastaavan tehtävät mielestäni suunnitella yhdessä anestesiahoitajien kanssa. Olisiko hyvä, että vuorovastaavana toimisi kaikki heräämötyötä tekevät hoitajat vuorollaan? Kun omaa työtä pääsee katsomaan toisesta perspektiivistä ja annetaan myös mahdollisuus johtaa ja kehittää omaa työtä, se mielestäni lisäisi työmotivaatiota ja kehittäisi hoitajien ammatillista kasvua. Vuorovastaavan tehtäviä voisivat olla: potilaiden ennakoiva ja tasapuolinen jako hoitajien kesken, tauotusten koordinointi sekä yhteydenpito leikkausosaston vuorovastaavan ja apulaisosastonhoitajien kanssa, joiden vastuulla on osaston henkilökunnan päiväkohtainen resursointi.

Opinnäytetyön tavoitteena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida uusi vastuuhuhoitajamalli päivystävän sairaalan heräämööseen. Mielestäni tässä on onnistuttu kokonaisuutena hyvin. Kyselystä saatiin paljon uutta ja hyvää tietoa, joiden avulla osasto voi jatkaa työmallin kehittämistä. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan ollut hyvin opettavainen projekti. Se on sisältänyt monta eri vaihetta niin työyhteisössä tehtyjä kuin opintoihin kuuluvina teoriaopiskeluina. Ilahduttavaa on ollut huomata, kuinka opittua teorian tietoa pystyy hyödyntämään käytännön työssä. Kyseinen työmallinmuutos olisi todennäköisesti toteutettu osastolla ilman tätä opinnäytetyötäkin. Uskon, että nyt tulos on kuitenkin paljon paremmin suunniteltu ja se pohjautuu enemmän teorian tiedolle. Lisäksi kyselyn avulla on saatu selville kuinka jalostaa vastuuhuhoitajamallia tulevaisuudessa, jotta heräämööseen saadaan käyttöön sinne hyvin sopiva työmalli. Isossa työyhteisössä tehtävät muutokset ovat haasteellisia monelta eri kannalta varsinkin informoinnin kannalta. Lisäksi työyhteisössä on aina ihmisiä joille muutokset ovat haasteellisempia kuin toisille. Henkilökohtaisesti koenkin oppineeni projektin myötä paljon muutosjohtamisesta sekä informaation ja palautteen antamisesta työyhteisössä.

5.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena on saatu yhteistyöosastolle käyttöön uusi vastuuhuhoitajamalli. Työmallin toimivuutta arvioitiin kyselyllä heräämöhoitajille. Kyselyn tulokset esiteltiin helmikuussa 2018 osaston anestesiahoitajille aamukokouksessa. Aamukokouksessa opinnäytetyöntekijä toi esille myös omat ehdotuksensa vastuuhuhoitajamallin jatkokehittämisestä osastolla. Jatkokehityskohteina osaston tulisi suunnitella kuinka

vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteiden kertaaminen säännöllisin väliajoin toteutetaan ja huomioida uusien työntekijöiden perehdytys toimintamalliin. Lisäksi tulisi toteuttaa heräämön vuorovastaavan työnkuvan avaaminen ja miettiä tulisiko vuorovastaavalla olla suurempi rooli, jotta heräämön toiminta saadaan sujuvammaksi. Yhteistyötä anestesia- ja lääkärien kanssa olisi myös hyvä kehittää. Heräämön toiminnan tehostumista on mahdollista myös tutkia vertaamalla vanhan työmallin aikaisia heräämöhöitoaikoja uuden vastuuhoitajamallin aikaisiin vastaaviin tilastoihin. Tilastoja on saatavilla yksikön käyttämiltä tietohallinto-ohjelmista.

Lähteet

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Baynton, J. 2015. Primary nursing in a short-stay units. Artikkel. Luettu 16.6.2017.
<https://search-proquest-com.nelli.lau-rea.fi/docview/1655119620/fulltextPDF/7B609DED5F4745E2PQ/1?accountid=12003>

Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castrén, M., Säämänen, J. & Varjus, S-L. 2001. Teoksessa: Tehohoitotyö. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Eloranta, A-M. 2006. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Tampere: Osuuskunta vastapaino

Hakala, J.T. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Heggyvary, S.T. 1987. Yksilövastuun hoitotyö. 1. -2. painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Potilasturvallisuussuunnitelma 2016-2017. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hjerpe, M. 2008. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere.

Inkinen, R., Volmanen, P & Hakoinen, S (toim.). 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoidon suunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Luettu 13.6.2017.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1

Kalasniemi, M., Kuivalainen, L. & Ryhänen, A. 2002. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan kuntayhtymässä. Tutkimus. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri.

Kallio-Kujala, M. 2015. Heräämöhoitotyön kehittäminen leikkauspotilaan siirtokriteerien avulla Seinäjoen keskussairaalassa. YAMK-opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoki

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1995. Perioperatiivinen hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Kylävali, A. 1995. Potilaiden kokemuksia yksilövastuun hoitotyön keskeisten periaatteiden toteutumisesta Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella yksilövastuun hoitotyön projektiin osallistuneilla vuodeosastoilla. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio

Laitinen, H. 2002. Teoksessa Minun hoitajani s.143-160. Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 24.6.2010/629. Luettu 13.6.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20100629>

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & ja Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön Tutkimussäätiö ja Käsikirjan kirjoittajat. Luettu 16.6.2017. http://www.hotus.fi/system/files/KK_heraamohoitto.pdf

Metsävainio, K-M. & Tamminen, J. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Luettu 28.3.2017.
http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilas-turvallisuutta.pdf

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. 8., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mäkijärvi, M. 2013. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa- kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Sosiaali- ja terveystieteiden MBA. Tampereen teknillinen yliopisto. Tampere. Luettu 30.1.2018. <http://www.hus.fi/hus-tie-toa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma-suomalaisessa-terveydenhuollossa.pdf>

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mäkisalo, M. 2002. Kannattaako kehittämistoiminta? Yksilövastuiseen hoitotyön toteutumisen arviointia Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Sairaanhoidaja 10/2002,19-22.

Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Naski, E. 2015. Heräämöhoidajan kompetenssit. Luettu 16.8.2017. http://www.sash.fi/images/Syyskoulutusp%C3%A4iv%C3%A4t_2014/Luentolyhennelm%C3%A4t/Heraamohoitajan_kompetenssit.pdf

Nyman, A. 2006. Yksilövastuiseen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Peltomaa, K. 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä, Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Turku.

Perälä, M-L. 1989. Muutos yksilövastuiseen hoitotyöhön: Vaikutukset hoitotyöntekijöiden toimintaan ja potilas-hoitaja-vuorovaikutussuhteeseen. Lisensiaattityö. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos.

Pukuri, T. 2002. Teoksessa minun hoitajani s.56-72. Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Luettu 3.5.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasturvallisuus>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turvallisen lääkehoidon ABC hoitohenkilökunnalle. Duodecim, Oppiportti, julkaistu 5.4.2017. Luettu 8.6.2017.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Luettu 3.5.2017. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim). 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Taulukot

Taulukko 1: Vastuuhoitajamallia edeltäneen koulutuksen ja informaation riittävyys	18
Taulukko 2: Oman työn organisointi	19
Taulukko 3: Potilasturvallisuuden kehittyminen.....	20

Liitteet

Liite 1: Potilaan siirtokriteerit heräämöstä vuodeosastolle.....	32
Liite 2: Saatekirje.....	33
Liite 3: Kyselykaavake.....	34
Liite 4: Kysymyksen 10. vastausten luokittelu.....	36

Liite 1: Potilaan siirtokriteerit heräämöstä vuodeosastolle



HYKS Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito (ATeK)

31.5.2017

Laatijat: Henrik Vuorisalo, Satu Rauta, Sari Pyhälä, Päivi Vesterinen
Hyväksyjä: Irma Jousela

HYKS ATeK, Siirtokriteerit heräämöstä vuodeosastolle, aikuispotilaat

Kriteereistä voidaan poiketa anestesiaääkärin ohjeen mukaisesti

1. Tajunnantaso	2. Hengitys	3. Verenkierto	4. Diureesi	5. Lämpötila
<p>Potilas vastaa tai herää puhutteluun tai orientaatiotasoa on samaa luokkaa kuin ennen leikkausta.</p> <p>Potilaan sekavuuden/levottomuuden/väsymyksen syy on selvitetty.</p>	<p>Hengitys vaivatonta.</p> <p>Tarvittaessa laske hengitysfrekvenssi, tavoite 8 – 20 /min.</p> <p>SpO2 vastaa tulotilanteen saturaatiota.</p> <p>Tarvittava happilisa on määrätty yksikkökohtaisen käytännön mukaisesti.</p>	<p>Verenkierto on vakaa</p> <p>- Ei jatkuvaa lääkitystä vaativaa hypo- tai hypertensiota.</p> <p>- MAP 65 – 120 mmHg.</p> <p>- Sinusrytmi tai oma krooninen rytmi.</p> <p>- EKG:ssä ei uusia arytmioita eikä iskeemisiä muutoksia.</p> <p>- Syke 40 – 100 /min, ei laskevaa tai nousevaa trendiä.</p>	<p>Katetroidulla potilaalla diureesi $\geq 0,5$ ml/kg/h.</p> <p>Katetroimaton potilas on virtsannut tai virtsarakon tilanne on huomioitu käsin tunnustelemalla tai ultraäänilaitteella.</p>	<p>Potilas on normoterminen tai lievästi hypo- tai hyperterminen ja vakaa.</p> <p>Tarvittaessa mittaa lämpö (36–38 °C).</p>
6. Kipu	7. Pahoinvointi	8. Haavat ja dreenit	9. Motoriikka	10. Jatkohoito-ohjeet
<p>Kipu on korkeintaan lievää tai siedettävää (VRS) / ≤ 3 levossa ja ≤ 6 liikkeessä (NRS).</p> <p>Kipu ei estä syvään hengittämistä, nukkumista eikä yskimistä.</p> <p>Kipu on hoidettavissa suunnitellulla kipulääkityksellä.</p> <p>Mahdolliset epiduraali-, PCA- ja muut kivunhoitomenetelmät on aloitettu ja todettu toimiviksi.</p>	<p>Potilaan pahoinvointi on korkeintaan lievää eikä vaadi jatkuvaa hoitoa.</p>	<p>Vuoto sidoksiin on huomioitu ja sidokset tarvittaessa vaihdettu tai vahvistettu.</p> <p>Dreenivuoto on vähäistä, ei poikkeava tavanomaisesta ja/tai vastaa kirurgin antamaa arviota.</p>	<p>Potilaan keuhonhallinta vastaa leikkausta edeltävää tilaa.</p> <p>Spinaalipuudutetun potilaan puudutus poistumassa, potilas pystyy kohottamaan ei-leikatun alaraajan polven irti alustasta tai leikatun puolen reisilihas jännittyy.</p>	<p>Potilaan hoito ja jatkohoito-ohjeet on kirjattu.</p> <p>Vain leikkausyksikköä koskevat määräykset on poistettu.</p>

Liite 2: Saatekirje

Hyvä anestesiahoitaja kollega!

Olen päivittämässä opistoasteen sairaanhoitaja tutkintoani ammattikorkeakoulututkinnoksi ja teen opinnäytetyöni keväällä heräämössämme alkaneesta uudesta heräämöhoidotyön toimintamallin muutoksesta. Saimme yhdessä tehtyä uuden vastuuhoitaja työmallin, jota on nyt toteutettu reilu puoli vuotta.

Kuten keväällä sovimme, niin nyt olisi aika tehdä kysely jolla selvitetään teidän anestesiahoitajien kokemuksia uudesta heräämön toimintamallista ja pyytäisinkin teiltä kehitysehdotuksia, jotta voimme kehittää heräämön vastuuhoitaja mallia edelleen.

Kysely on tehty mahdollisimman helpoksi vastata, koska tiedän että ylimääräistä aikaa ei juurikaan ole. Kysymykset on suunniteltu niin, ettei niistä pysty tunnistamaan vastaajaa ja kysely on vapaaehtoinen. Kysely tehdään nimettömänä ja se palautetaan suljetussa kirjekuoressa heräämössä sijaitsevaan laatikkoon, jossa lukee ”Palautus, heräämön kysely”. Kyselyn vastaukset analysoidaan täysin luottamuksellisesti allekirjoittaneen toimesta ja lomakkeet hävitetään osaston tietosuojajätteenä. Tulokset julkaistaan ja esitellään mahdollisimman pian kyselyn jälkeen, vuoden 2017 aikana.

Olisin kiitollinen jos te kaikki kertoisitte oman mielipiteenne.

Vastaan kyselyä koskeviin kysymyksiin mielelläni.

Kiitos!

Ystävällisin terveisin,

Jaana Kosonen

jaana.kosonen@hus.fi

Ohjaava opettaja:

Hannamari Talasma

Laurea-ammattikorkeakoulu

hannamari.talasma@laurea.fi

Liite 3: Kyselykaavake

Vastaa alla oleviin kysymyksiin rengastamalla oikea vaihtoehto tai kirjoita vastaus annetulle viivalle.

1. Oletko työskennellyt sairaanhoitajana

1. 0-5 vuotta
2. 6-10 vuotta
3. yli 10 vuotta

2. Oletko aikaisemmin työskennellyt heräämössä, jossa oli käytössä vastuuhoitaja-työmalli?

1. Kyllä
2. Ei

3. Kun vastuuhoitaja-työmalliin siirtymistä suunniteltiin, oliko se sinusta hyvä ajatus?

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

4. Saitko tarvittavan määrän koulutusta ja informaatio uudesta vastuuhoitaja työmallista?

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. Jokseenkin eri mieltä
4. Täysin eri mieltä

5. Onko tiedonkulku mielestäsi parantunut anestesia- ja lääkäreiden kanssa uuden työmallin käyttöönoton myötä?

1. Kyllä
2. Pysynyt samana
3. Ei

Jos vastasit Ei, niin miksi ei?

6. Kun hoidat vähemmän potilaita saman aikaisesti, muistatko paremmin potilaan taustat ja hoito-ohjeet?

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. Ei muutosta
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

7. Onko oman työsi organisointi mielestäsi parantunut uuden työmallin käyttöönoton myötä?

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. Ei muutosta
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

8. Onko uusi vastuuhoitaja työmalli sinusta parempi hoitotyönmalli kuin edeltävä työmalli?

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. Ei muutosta
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

9. Onko mielestäsi potilasturvallisuus parantunut uuden työmallin käyttöönoton myötä?

1. Kyllä
2. Ei
3. Ei muutosta
4. En osaa sanoa

10. Millaisia muutoksia tekisit vielä uuteen vastuuhoitaja työmalliin?

Kiitos vastauksesta

Liite 4: Kysymyksen 10 vastausten luokittelu

ALKUPERÄISILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p>Vielä vanha malli "nostaa päätään", itse nautin työstäni kun saan yksin hoitaa ja vastata omasta potilaasta.</p> <p>Ajoittain tuntuu että mennään vanhaan mallin mukaan, joka aiheuttaa sekaannusta/ylimääräistä työtä potilaan hoidossa.</p> <p>Pienen hetken malli toimi melko hyvin, mutta alkoi taas palata lähes entiseen malliin.</p> <p>Malli luisunut enemmän vanhan mallin mukaiseksi moduuli jakoineen.</p> <p>Harmikseni olen huomannut, että pitkälti on palattu vanhaan malliin</p>	<p>Osittain on palattu "vanhaan malliin"</p>	<p>Vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteet</p>	<p>Vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteiden muokaus ja lisäkoulutus</p>
<p>Terävöitetään mallia ja sen käyttöä.</p> <p>Ihmisiä tulisi muistuttaa aika ajoin työmallin "toimintaperiaatteista"</p>	<p>Toivotaan vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteiden kertausta säännöllisin väliajoin</p>	<p>Vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteet</p>	
<p>Henkilökunta tilanteen takia välillä yksi hoitaja kuormittuu paljon (= monta potilasta vastuulla).</p> <p>Vastuuhoitajamalli toimii silloin kun hoitajia on riittävästi.</p> <p>Toisaalta on hyvä tietää muistakin kun miehitys vajaa.</p> <p>Kiireessä vastuuhoitajamalli ei toimi.</p>	<p>Kiireessä vastuuhoitajamalli ei toimi hyvin</p>	<p>Vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteet</p> <p>Vuorovastaavan rooli</p>	
<p>Samat 1-2 hoitajaa voi kuunnella samalla ja näin pystyvät päästämään vastuuhoitajan tauolle, ilman erillistä raporttia - > Sujuvuutta! Vaikka yksi hoitaja on vastuuhoitaja, olisi hyvä, että 2. hoitaja ottaa myös raportin, jotta tauotus helpottuu (ja myös hoito).</p> <p>Pakko ottaa raporttia monesta potilaasta, jotta tauotus toimii.</p>	<p>Tauottaminen helpompaa jos raportti useammalla hoitajalla</p>	<p>Vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteet</p>	
<p>Eli kun potilas tulee heräämöö, hänelle ensinnäkin osoitetaan selkeästi paikka.</p> <p>Hoitajat saisi ottaa itse aktiivisemman roolin potilaiden vastaanottamisessa, tilannetajua!</p> <p>Toivoisin että potilas otettaisiin aina vastaan heräämöö tullessa = paikka mietitty valmiina, happi valmiina jne</p>	<p>Potilaan vastaanottaminen heräämöö ei ole toimivaa</p>	<p>Vastuuhoitajamallin toimintaperiaatteet</p> <p>Vuorovastaavan rooli potilaiden jaossa</p>	
<p>Tulee myös yrittää huomioida, että potilaat jakautuisivat työmäärältään tasaisesti, ettei yksin ota useaa vaikeahoitoista / työlästä potilasta.</p> <p>Potilaat jakautuvat hoitajien kesken välillä hyvinkin epätasaisesti. On ihmisiä jotka "pelailee" potilailla ja paljon.</p>	<p>Potilaiden määrä ja hoitoisuus jakautuu epätasaisesti hoitajien kesken</p>	<p>Vuorovastaavan rooli potilaiden jaossa</p>	

<p>Vuorovastaava voisi enemmän suunnitella kuka hoitaa missäkin.</p> <p>Heräämön esimiehen olisi puututtava potilaspelailuun.</p> <p>Vastaavan hoitajan aktiivisempi rooli potilaiden tulon järjestämiseen / jakamiseen.</p> <p>Heräämössä olisi hyvä olla päivittäisentyön vastuuhoitaja.</p>	<p>Vuorovastaavalta toivotaan aktiivisempaa otetta potilaiden jakoon hoitajien kesken</p>	<p>Vuorovastaavan rooli potilaiden jaossa</p>	
<p>Jako kahteen mielestäni muutti sen, että voit joutua ottamaan usean potilaita peräkkäin.</p> <p>Ei moduulijakoa.</p> <p>Mielestäni "puolia" (alku, loppu) ei pitäisi jakaa ollenkaan, vesittää koko mallin.</p>	<p>Ei hoitajien jakoa moduuleihin</p>	<p>Vuorovastaavan rooli potilaiden jaossa</p>	

